FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

ANNÉE 1895 — 1896 N° 29.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

POLYPES DE LA CAVITÉ BUCCALE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 27 Novembre 1895

PAR

Louis-Edouard-Aubin GUITARD

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à Caudebronde (Aude), le 1er mars 1873

Examinateurs de la Thèse..	MM. PIÉCHAUD	professeur	*Président*
	ARNOZAN	professeur	*Juges*
	SABRAZÈS	agrégé	*Juges*
	BINAUD	agrégé	*Juges*

Le Candidat répondra à toutes les questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

BORDEAUX

IMPRIMERIE DU MIDI, P. CASSIGNOL

91, RUE PORTE-DIJEAUX, 91

1895

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543507_0068

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

ANNÉE 1895 — 1896 N° 29.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

POLYPES DE LA CAVITÉ BUCCALE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 27 Novembre 1895

PAR

Louis-Edouard-Aubin GUITARD

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à Caudebronde (Aude), le 1er mars 1873

Examinateurs de la Thèse..	MM. PIÉCHAUD	professeur		*Président*
	ARNOZAN	professeur	}	*Juges*
	SABRAZÈS	agrégé		
	BINAUD	agrégé		

Le Candidat répondra à toutes les questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

BORDEAUX

IMPRIMERIE DU MIDI, P. CASSIGNOL

91, RUE PORTE-DIJEAUX, 91

1895

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux

M. PITRES..... Doyen.

PROFESSEURS

M. MICÉ..... } Professeurs honoraires
AZAM..... }

	Messieurs
Clinique interne	PICOT. PITRES.
Clinique externe	DEMONS. LANELONGUE.
Pathologie interne	DUPUY.
Pathologie et thérapeutique générales	VERGELY.
Thérapeutique	ARNOZAN.
Médecine opératoire	MASSE.
Clinique d'accouchements	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique	COYNE.
Anatomie	BOUCHARD.
Anatomie générale et Histologie	VIAULT.
Physiologie	JOLYET.
Hygiène	LAYET.
Médecine légale	MORACHE.
Physique	BERGONIE.
Chimie	BLAREZ.
Histoire naturelle	GUILLAUD.
Pharmacie	FIGUIER.
Matière médicale	de NABIAS
Médecine expérimentale	FERRE.
Clinique ophtalmologique	BADAL.
Clinique des maladies chirurgicales des enfants	PIÉCHAUD.
Clinique gynécologique	BOURSIER.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

SECTION DE MÉDECINE

Pathologie interne et Médecine légale	MESNARD. CASSAET. AUCHE. SABRAZÈS. LE DANTEC.

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe	VILLAR. BINAUD. BRAQUEHAYE.
Accouchements	RIVIÈRE. CHAMBRELENT.

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie	PRINCETEAU. CANNIEU.
Physiologie	PACHON.
Histoire naturelle	BEILLE.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Physique	SIGALAS.
Chimie et Toxicologie	DENIGES.
Pharmacie	BARTHE.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique int. des enf.	MM. MOUSSOUS	Maladies mentales	MM. RÉGIS.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	DUBREUILH	Pathologie externe	DENUCE
		Accouchements	RIVIÈRE
Cliniq. des maladies des voies urin.	POUSSON	Chimie	DENIGÈS
Mal. du larynx, des oreilles et du nez	MOURE		

Le Secrétaire de la Faculté : LEMAIRE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE & A MA MÈRE

Faible témoignage de mon amour
et de ma reconnaissance.

A MON ONCLE

A mon excellent Ami

MONSIEUR LE DOCTEUR A. AUGIER

MÉDECIN DES COLONIES

A MONSIEUR LE DOCTEUR SABRAZÈS

PROFESSEUR AGRÉGÉ

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

MÉDECIN DES HOPITAUX

A MONSIEUR LE DOCTEUR CASSAET

PROFESSEUR AGRÉGÉ

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

MÉDECIN DES HOPITAUX

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE DOCTEUR PIÉCHAUD

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A L'HOPITAL DES ENFANTS

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

AVANT-PROPOS

Les polypes de la cavité buccale proprement dite, en dehors du pharynx buccal ou du naso-pharynx, sont des tumeurs rares, qui n'ont pas encore fait l'objet d'une monographie.

Les cas peu nombreux que les spécialistes ont publiés sont des relations toujours succinctes, écourtées, qui dénotent un examen rapide ; il semble qu'ils n'aient pas cru devoir, étant donnée leur importance pratique médiocre, publier les faits qu'ils ont vus. Peut-être aussi la bénignité de ces tumeurs ne préoccupe-t-elle pas suffisamment les malades, qui négligent de consulter un praticien.

L'observation qui fait la base et le point de départ de notre thèse nous a été communiquée par M. le professeur agrégé Sabrazès.

Nous avons mieux aimé présenter une étude consciencieuse de cas simples, encore mal connus, que de soumettre à l'appréciation de nos juges un travail de compilation.

Il nous a paru intéressant de rattacher à cette observation les quelques faits isolés que nous avons pu glaner çà et là, dans la littérature médicale, et de les faire suivre de quelques réflexions cliniques formant une étude d'ensemble de ce chapitre encore mal connu de la Pathologie de la Bouche.

Mais avant d'aborder notre sujet, il nous reste un agréable devoir à remplir, en exprimant à M. le professeur agrégé Sabrazès notre profonde gratitude pour la constante bienveillance dont il nous a honoré au cours de nos recherches. Souvent nous avons fait appel aux conseils de son expérience, il nous les a toujours prodigués avec empressement. Nous sommes heureux de l'en remercier et d'affirmer la part importante qui lui revient dans notre travail.

Que M. le professeur agrégé Cassaët reçoive l'expression de notre vive reconnaissance autant pour ses enseignements que pour la bienveillance et l'intérêt qu'il nous a témoignés. Nous en garderons toujours le plus vif souvenir.

M. le docteur Litchtwitz nous a considérablement simplifié notre tâche en matière de bibliographie ; nous ne saurions trop l'en remercier.

M. le docteur Moure a mis à notre disposition les trésors de sa bibliothèque. Qu'il veuille bien accepter nos remerciements pour son obligeant accueil.

Il nous reste encore un important devoir de gratitude à remplir. M. le professeur Piéchaud a bien voulu accepter la présidence de notre thèse, après nous avoir prodigué durant le cours de nos études, avec son enseignement éclairé, des conseils qui nous guideront dans notre carrière médicale : Nous sommes heureux de pouvoir publiquement l'en remercier ici, et de lui exprimer toute notre reconnaissance pour cette dernière preuve de la bienveillance qu'il n'a jamais cessé de nous témoigner.

PLAN DU SUJET

HISTORIQUE

Les polypes dont nous avons pu recueillir l'observation ont leur point de départ sur la muqueuse qui tapisse la face interne de la joue ou sur la partie moyenne de la voûte palatine. La tumeur présentée par Debove à la Société anatomique sous le nom de « myxome papillaire » et dont le point d'insertion se trouvait sur le maxillaire inférieur, était plutôt une variété rare d'odontome.

Nous n'avons pu trouver aucun exemple de polype vrai siégeant à la face interne des lèvres, au plancher buccal ou à la langue. Les polypes papillomateux qu'on a décrits sur le voile du palais, les amygdales, les piliers, ne rentrent pas dans le cadre de notre travail, l'étude des tumeurs bénignes de cette région, qui sort déjà des limites de la cavité buccale, ayant fait l'objet d'importants travaux antérieurs, parmi lesquels il convient de citer la thèse de M. Bouilloud (Lyon, 1893.)

Laissant de côté, à dessein, les tumeurs malignes plus ou moins nettement pédiculées qui peuvent se rencontrer à la face interne de la paroi buccale, nous consignerons d'abord nos observations, puis nous ferons quelques réflexions cliniques sur la symptomatologie, l'étiologie, le diagnostic, le

pronostic et le traitement des tumeurs bénignes qui doivent seules nous occuper.

Dans les Observations I et IV (Sabrazès-Cardone), les polypes se rattachent au type myxomateux. Ceux décrits par MM. Smith (1867), Dubreuilh, Boursier (1889) et Demme (1892) ont plutôt les caractères du fibrome.

Le cas de Clérault est relatif à un kyste dermoïde congénital; il appartient à cette catégorie de tumeurs que l'on rencontre dans les cas d'épignathisme et d'hétérotopie

Il nous intéresse toutefois par sa situation, et surtout par l'appendice charnu qu'il présente, à l'union du pédicule et de la tumeur, véritable polype fibro-muqueux, comme le démontre l'examen histologique. Ce fait n'est pas rare dans les tumeurs congénitales siégeant en d'autres points (tumeurs pédiculées préauriculaires, lipomes congénitaux de la région sacro-coccygienne, etc,). Le cas de Dolbeau, cité dans la thèse de Labat (Paris, 1874), est un exemple de vrai polype lipomateux.

Nous pouvons, dès maintenant, pour faciliter notre étude, ranger ces polypes sous quatre chefs principaux :

1° Type mixte;
2° Type fibreux;
3° Type lipomateux;
4° Type muqueux.

Il nous a semblé préférable de consigner d'abord, en les mettant en relief, des observations détaillées et complètes au point de vue histologique, plutôt que de faire un chapitre général d'anatomie pathologique, basé sur un aussi petit nombre de cas.

OBSERVATIONS — ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Observation I

M. le professeur agrégé Sabrazès a eu l'occasion d'observer récemment à sa consultation de l'hôpital Saint-André, un cas de polype de la face interne de la joue gauche, chez un homme de soixante-deux ans, bien portant, sans antécédents héréditaires. Personnellement, il n'accuse qu'une légère attaque de rhumatisme à l'âge de seize ans, et une fracture de jambe à vingt-cinq. Pas de blennorrhagie, pas de syphilis.

La lésion actuelle remonte à un an, au dire du malade, et serait survenue après l'extirpation des deux dernières petites molaires droites, cariées, qui déterminaient un frottement douloureux de la muqueuse génienne. Les dents qui restent sont en bon état (pas de dents de Hutchinson).

La tumeur, saillante, présente le volume d'une grosse avuline, et se trouvé implantée sur la muqueuse de la joue droite, un peu au-dessus de l'angle que fait le corps de la mâchoire inférieure avec la branche montante. L'insertion se fait par un pédicule, long de 1 centimètre environ, dont la base d'implantation mesure 1 centimètre d'épaisseur. Les dimensions de la tumeur sont 2 centimètres de long sur 1 cent. 5. Sa surface est lisse, recouverte d'une muqueuse rose-pâle, analogue à la muqueuse buccale, mais creusée çà et là d'anfractuosités résultant de points de sphacèle. Cette tumeur molle, d'aspect gélatineux, fait porter à l'œil nu le diagnostic de polype muqueux.

Le malade donne peu de renseignements sur son affection ; celle-ci ne s'est révélée, tout d'abord, que par une gêne spéciale, une sensation de corps étranger au niveau de sa joue droite, qui provoquait des mouvements répétés de la langue comme pour chasser cette production anormale. Le malade a la parole embarrassée ; il s'exprime comme quelqu'un qui aurait un corps étranger dans la bouche.

Au moment de l'examen, on constate un état congestif de la tumeur, et à sa surface des plaies multiples, quelques-unes sphacélées, qui donnent lieu à des hémorrhagies fréquentes. Ces plaies proviennent des traumatismes reçus pendant la mastication ; leur infection produit les îlots de sphacèle, qui rendent d'une horrible fétidité l'haleine du patient.

La tumeur est sectionnée d'un coup de ciseaux et l'ablation suivie d'une cautérisation au chlorure de zinc. Pas de récidive.

Anatomie pathologique.

Si on coupe la tumeur suivant son grand diamètre, après immersion dans l'alcool faible, on voit que la section est représentée par une surface blanc-grisâtre. Les bords sont bien limités, sauf à l'extrémité libre où la périphérie est déchiquetée, d'aspect granuleux et s'effrite facilement. On ne voit pas de capsule enveloppant, d'une façon apparente, la tumeur, si ce n'est sur un petit segment de la circonférence vers le pédicule.

La muqueuse revêt cette région, et la bordure qu'elle forme, épaisse de 1 millimètre environ, tranche par sa teinte blanche sur les parties sous-jacentes. Celles-ci, à ce niveau, montrent une série de stries blanches, qui vont en rayonnant vers le centre où elles se rejoignent ; ces stries rayonnées limitent des espaces triangulaires très inégaux, de couleur grisâtre ou gris-jaunâtre. Au-dessous, la surface de section

est moins régulièrement striée. Elle présente quelques points brunâtres hémorrhagiques et un mélange de petits îlots blancs et gris.

La tumeur a été fixée par les alcools progressivement concentrés. Sur des coupes d'ensemble de l'une des moitiés, obtenues après coloration en masse par le carmin boraté de Gibbes, imprégnation par le chloroforme et inclusion dans la paraffine, on voit à la périphérie une bordure d'épithélium pavimenteux stratifié, qui n'est pas continue, mais manque sur la moitié environ de la surface de la tumeur. En outre, sur plusieurs points de la périphérie, on observe des foyers d'infiltration embryonnaire avec nécrose et désintégration.

La muqueuse est très papillaire; les prolongements malpighiens affectent des directions obliques avec de nombreuses découpures. Les papilles sont parsemées de cellules embryonnaires. La région sous-papillaire est constituée par un tissu conjonctif à gros faisceaux riches en cellules.

Plus profondément le chorion a la structure du tissu conjonctif jeune, mucoïde; il circonscrit de véritables lobules contenant une agglomération de vésicules adipeuses, mais d'inégal volume, isolées ou confluentes, rarement tassées comme dans les lipomes. Entre ces grosses vésicules sont de nombreux capillaires gorgés de sang, des veinules, des lymphatiques, reconnaissables à leur enveloppe endothéliale et à la présence dans leur intérieur de nombreux leucocytes. Ce tissu constitue la charpente proprement dite de la tumeur.

La coloration des coupes par l'éosine hématoxylique de Ronaut rend plus nets encore tous les caractères d'une néoplasie fibro-myxo-lipomateuse. Après l'action de la fuchsine picriquée de Van Gieson, on voit dans les régions superficielles du derme du tissu fibreux à gros faisceaux colorés en rouge vif. Des faisceaux plus grêles et en plus petit nombre sillonnent la préparation, circonscrivent les lobules ci-dessus décrits, et forment parfois une épaisse ceinture à des artérioles à parois très épaissies.

L'action de l'orcéine acide de Taenzer permet d'étudier les disposi-

tions des fibres élastiques dans la trame de la tumeur. Celles-ci forment un chevelu dense, immédiatement au-dessous des papilles. Dans l'interstice des lobules cheminent quelques rares fibres élastiques grêles le long des faisceaux fibreux. La paroi des vésicules n'est pas de nature élastique. Quelques-uns des îlots sont bordés par des fibrilles conjonctives ; d'autres laissent voir après l'action du picro-carmin, sur un fragment non inclus dans la paraffine et non coloré en masse, un liseré protoplasmique périphérique.

Sur des coupes obtenues après immersion dans l'alcool au 1/3, durcissement dans l'alcool à 90° et coloration au picro-carmin, les vésicules ci-dessus décrites restent incolores.

Si on fait agir l'hématoxyline de Bœhmer, quelques-unes parmi ces vésicules se colorent en violet : les autres en plus grand nombre restent hyalines.

Le bleu de quinoléine les teint en bleu. Sous l'action de l'eau de baryte quelques-unes deviennent granuleuses, ce qui témoigne de la présence de mucine dans leur intérieur.

L'acide acétique ne semble pas modifier notablement leur aspect ; elles deviennent simplement plus réfringentes.

Les colorations à l'aide du procédé de Gram, du bleu de méthylène fixé par le tanin, montrent, au niveau des foyers de nécrose déjà signalés, des amas extrêmement denses de microcoques.

Il résulte de cet examen que cette tumeur a les caractères du fibro-myxome-lipomateux. L'abondance des vaisseaux témoigne de la facilité avec laquelle se produisaient les hémorrhagies. Les îlots de nécrose microbienne qui corrodaient la tumeur expliquent la fétidité de l'haleine chez les malades porteurs du néoplasme.

M. William Dubreuilh présente des préparations d'une tumeur qu'il a enlevée de la bouche d'une femme.

Observation II

(Dubreuilh. *In journal de la Société d'anatomie* de Bordeaux, 1889).

Cette petite tumeur, molle, indolente, du volume d'un haricot, mobile, pédiculée, remontait à plusieurs mois. Elle était insérée par un pédicule étroit sur la muqueuse, derrière la dernière molaire inférieure droite, au niveau de la branche montante du maxillaire inférieur.

Par l'examen microscopique, on trouve qu'il s'agit d'un fibrome pur, de gros faisceaux de tissus conjonctifs entrelacés avec un petit nombre de cellules.

Les coupes ayant été retrouvées, M. Dubreuilh a bien voulu nous communiquer le résultat de l'examen histologique.

Sur la coupe, on voit, après coloration au carmin, un épithélium très épais, qui à part l'épaisseur, présente tous les caractères de la muqueuse buccale. On voit aussi de nombreuses papilles ; dans un coin il existe un véritable papillome tout à fait semblable comme structure aux végétations génitales ou condylomes acuminés. La masse de la tumeur est formée de grosses fibres conjonctives entrelacées, mêlées de nombreuses fibres élastiques ; les cellules fixes du tissu conjonctif sont assez nombreuses, bien développées, à forme étoilée, à longs prolongements protoplasmiques, s'insérant entre les tissus conjonctifs. Nulle part, il n'y a la moindre trace de tissus muqueux ou de tissus glandulaires. Le tissu fibreux est également compact dans toutes les parties de la tumeur, de sorte qu'on ne distingue pas de couche sous-papillaire différenciée. Les vaisseaux peu nombreux sont remplis de sang, entourés d'un assez grand nombre

de cellules, mais nulle part on ne voit de trace de diapédèse leucocytique, pas plus que de cellules migratrices dans le revètement épithélial. En somme il n'y a pas trace d'inflammation.

Observation III

(*In Labat* Paris 1874)

M. Dolbeau cite un cas de lipome pédiculé de la joue, qui venait s'interposer entre les dents pendant la mastication.

Observation IV

Myxome-papillaire de la cavité buccale chez un enfant.

Notes cliniques et histo-pathologiques, par le Dr Cardone, *Archives de laryngologie*, de Naples, 1887.

Récemment se présentait à la consultation de laryngologie de l'hôpital J.-M., un enfant de dix-sept mois, nommé Terrais (Sylvestre), des environs de Naples, fils de parents bien portants, villageois. Il était bien développé et bien nourri, et n'avait jamais été malade. La mère a rapporté que deux jours avant, l'enfant avait mis dans sa bouche un petit morceau de fer. Aux cris de l'enfant elle accourut et put extraire les débris de fer ; elle remarqua que la bouche était ensanglantée et qu'au niveau de la joue gauche, sur la face interne, se trouvait un morceau « de chair pendante » suivant son expression. Ce récit fait penser à une déchirure de la muqueuse, mais à l'examen de la bou-

che, on n'observe aucune trace de traumatisme, et on note par contre la présence d'une tumeur du volume d'une amande, oblongue, rose pâle, à surface papillomateuse, de consistance molle. Cette tumeur implantée sur la muqueuse de la joue gauche, vers le sillon gingival, avait une base large de 1 centimètre carré environ, elle faisait saillie en avant.

On demande à la mère si elle avait antérieurement examiné la bouche de son enfant, mais elle s'obstine à dire qu'il avait toujours été bien portant, et que tout remonte à l'accident arrivé il y a deux jours.

En vérité nous pensons que le traumatisme est bien souvent la cause de néoformations de cette sorte, mais dans ce cas particulier, on ne peut admettre que dans l'espace de deux jours ait apparue une tumeur semblable. Le traumatisme avait un peu déchiré cette petite masse, l'avait rendue sanguinolente et avait donné lieu à des points d'inflammation localisée, voire même à des ulcérations comme on l'observait à une extrémité ; le diagnostic n'en reste pas moins celui de néoplasme bénin, de nature papillomateuse, que probablement le petit malade portait depuis sa naissance, le volume de cette tumeur étant plus petit avant l'accident.

La tumeur fut extraite à la pince, le point d'implantation raclé et cautérisé. L'enfant guérit en quelques jours. La tumeur fut conservée et son examen microscopique montra ce qui suit : La tumeur est revêtue d'un épithélium pavimenteux qui desquame par places ; de nombreuses papilles se trouvent à sa superficie, çà et là, plus développées qu'à l'état normal. La trame de la tumeur est constituée par du tissu conjonctif très lâche, qui dans beaucoup de préparations a la structure du myxome hyalin, comme le montre la figure annexée à la note.

Le diagnostic put donc être affirmé après cet examen microscopique. A propos de ce cas, j'ai recherché dans la littérature médicale, s'il existait chez les enfants, dans la cavité buccale, des tumeur de ce

genre. J'ai pu noter que chez eux ces néoplasmes sont relativement plus fréquents que chez l'adulte. On a observé en effet des kystes et des adénomes (Nicoladoni), des limfomes (Wolkmann), des fibromes (Nélaton), des sarcomes, le plus souvent de nature mélanique (Berend-W. Weber-Wirchow-Grohe), des lipomes (Anvert-Van-Brunns-Ackrel) et de plus toutes les formes d'épulis de nature sarcomateuse ou fibreuse (Neumann-Ohelmann), en y comprenant le cancer épithélial, qui d'après Weber se présente chez les enfants sous la forme décrite sous le nom d'épulis maligne, comme en fait foi un cas étudié par Soulé, chez un enfant de trois ans, et un autre observé par Wutzer, etc.

Bierch-Hirschfeld fait remarquer que l'un des sièges de prédilection du myxome est le tissu conjonctif lâche de la bouche, et il ajoute qu'il n'est pas rare de trouver chez les nouveau-nés des myxomes qui dépendent de la persistance du tissu muqueux normal du fœtus.

E. Beely, à propos des affections de la joue chez les enfants, dit que l'on a observé aussi des myxomes. Je tiens aussi à rappeler le cas de myxosarcome de Bilrott chez un enfant de trois ans, le cas de myxome lipomateux de Senftleben, et enfin un cas présenté par Debove à la Société anatomique, indiqué par lui en ces termes :

Myxome papillaire. — Il avait son point d'implantation sur la mâchoire, et il n'était autre qu'une variété rare d'odontome, développé pendant la période embryoplastique de l'appareil dentaire. Il était resté au stade d'hypertrophie pur et simple du bulbe dentaire, sans changement de structure. Dans ce cas, d'après la description de Duplay, la tumeur était plutôt molle, vague et fibrillaire, infiltrée de cellules embryonnaires éparses dans un tissu muqueux. Cette tumeur avait, en un mot, la structure du bulbe dentaire, à la période de formation embryonnaire, sans oublier les éminences papillaires qui étaient plus accusées en forme et en volume.

Observation V

(*In journ. Soc. Anat.*, Bord. 1889.)

M. Boursier a remarqué la rareté des fibromes de la bouche. Il a une fois opéré un fibrome pédiculé, inséré à côté de la symphyse du maxillaire inférieur, qui était remarquable par le volume des vaisseaux contenus dans le pédicule.

Observation VI

Deux tumeurs rares de la cavité buccale.

D'après une démonstration faite à la Société laryngologique de Berlin, par le docteur Demme, médecin praticien et médecin auxiliaire à la Policlinique pour les maladies de la gorge et du nez de l'Université royale de Berlin.

Dans les premiers jours du mois de mars dernier (1892), une dame de trente-deux ans vint me trouver, se plaignant d'une tumeur dans la bouche qui la gênait un peu en parlant et mettait sérieusement obstacle à la mastication et à la déglutition : elle mordait facilement cette tumeur qui se trouvait pincée entre les dents du côté droit, et qui, s'ulcérant fréquemment à la partie supérieure, lui occasionnait de violentes douleurs. Je trouvai une tumeur sphérique, de la grosseur d'une noix de galle, recouverte partout d'une membrane muqueuse buccale (non adhérente) qui prenait naissance, les dents étant complètement fermées, sur la surface intérieure de la joue droite, un peu au-dessus de la ligne de fermeture, à environ 1 cent 1/2 en arrière du coin droit de la bouche. On pouvait facilement saisir cette tumeur

résistante et la faire mouvoir à peu près comme une noix de galle placée sous une nappe bien tendue. La muqueuse recouvrant la tumeur présentait à la partie supérieure quelques légères ulcérations, on y distinguait quelques petites cicatrices provenant d'ulcérations antérieures. Cela provenait, sans doute, de ce que dès que les mâchoires s'entr'ouvraient, la tumeur pénétrait aussitôt dans la cavité buccale et que la patiente était obligée de la repousser avec la langue si elle ne voulait pas l'atteindre en fermant la bouche. En parlant, cela présentait de grands inconvénients. La patiente ne pouvait qu'entr'ouvrir les dents pour ne pas laisser la tumeur s'y glisser; par suite, la parole n'était pas nette; les sifflantes, en particulier, ne pouvaient être articulées clairement; la parole ressemblait à celle que l'on constate dans les cas d'abcès périamygdaliens.

L'opération était simple. A l'aide du Museux, j'éloignai la tumeur, après l'avoir soigneusement cocaïnisée, de son siège, je coupai en rond la muqueuse à la base avec un bistouri; en quelques coups de ciseaux je tranchai les filaments conjonctifs qui constituaient le pédicule. L'hémorrhagie fut considérable; je liai l'artère d'où le sang jaillissait, et fermai la blessure par trois points de suture. Lavage de la bouche à la solution de chlorate de potasse. Section des sutures le quatrième jour. Guérison. La parole et la mastication sont normales.

La tumeur avait une surface supérieure lisse, était très dure et enveloppée exactement par la muqueuse tendue de la joue comme par une membrane de caoutchouc. L'examen au microscope a donné : un tissu serré de faisceaux du tissu conjonctif résistants, assez régulièrement répartis, avec de rares vaisseaux et par-dessus, complètement isolée, la muqueuse buccale normale. Diagnostic : Fibrome.

Observation VII

Tumeur congénitale de la voûte palatine.

(Clérault. *Bull. de la Soc. anat. de Paris,* p, 380, 1854.)

Nouveau-né. Père atteint d'une tumeur blanche du genou. Mère âgée de vingt-huit ans, rachitique, contrefaite, bassin rétréci. Accouchement laborieux, forceps.

L'enfant naît asphyxié. Après les manœuvres usitées en pareil cas, il commence à respirer, mais avec difficulté, sans doute à cause de la présence dans la bouche d'une tumeur prise au premier abord pour la langue dont elle avait la couleur et la consistance. Elle était cependant plus épaisse et son extrémité antérieure faisait saillie entre les lèvres qu'elle écartait. Elle adhérait à la partie moyenne de la voûte palatine par un pédicule oblique de haut en bas et d'arrière en avant.

Le voile du palais est divisé dans sa partie postérieure et sur la ligne médiane, mais la division n'arrive pas jusqu'au pédicule de la tumeur. Au niveau du pédicule existe une gouttière due sans doute à un arrêt de développement de la voûte palatine, il n'y a pas de communication avec les fosses nasales, ni trace de division de l'os incisif ou des lèvres. La langue adhère au plancher buccal et les deux lèvres à la muqueuse gingivale. A part ces difformités, l'enfant est bien constitué.

L'enfant ne pouvait ni téter ni boire; ablation immédiate, section du pédicule sans hémorrhagie, immobilisation de la langue et des lèvres, dissection au bistouri. L'enfant prend bien le sein. La tumeur est bilobée dans sa partie inférieure, rosée, couverte de poils soyeux plus développés sur le lobe gauche; elle est aplatie d'avant en arrière, ayant environ 1 cent. 5 d'épaisseur, 6 centimètres de largeur et autant

de hauteur; le pédicule a la même épaisseur et entre au moins pour 1 centimètre dans la hauteur. Elle est molle dans toute son étendue; sur le côté droit du pédicule, on voit un appendice charnu de la grosseur d'une plume d'oie et d'une longueur de 2 centimètres environ; il est recouvert d'une muqueuse analogue à la muqueuse buccale dont il a la couleur.

Sur une coupe transversale suivant le plus grand diamètre, on constate que la tumeur est constituée par un tissu cellulaire contenant de la graisse en abondance. Au centre du pédicule, on aperçoit un gros faisceau fibreux, rougeâtre, dont les fibres se dissocient et s'en vont en divergeant vers toute la périphérie de la tumeur jusqu'où on peut les suivre sous forme de stries très fines. A la surface on voit la section d'une membrane tout à fait analogue à la peau, mais beaucoup plus mince; au centre, on aperçoit un gros vaisseau.

A l'examen histologique, l'enveloppe présente tous les caractères de la peau; épiderme assez mince; la couche de Malpighi existe à peine; absence complète de papilles vasculaires ou nerveuses. Au-dessous se trouvent de petits poils avec des glandes sébacées volumineuses qui leur sont annexées.

Le derme est formé de faisceaux fibreux assez épais, entrecroisés dans tous les sens. La masse de la tumeur est formée d'un tissu cellulo-adipeux, absolument semblable au tissu cellulaire sous-cutané, c'est-à-dire qu'il est composé comme lui de lobules adipeux circonscrits par des travées fibreuses. Le faisceau fibreux central qui s'épanouit en stries divergentes vers la périphérie, est formé de faisceaux de fibres musculaires striées. Sur des coupes parallèles à ces fibres, on reconnaît que les faisceaux sont peu distincts les uns des autres et ne sont pas séparés par une enveloppe conjonctive (périmysium) bien nette. Les fibres elles-mêmes sont volumineuses et pourvues de stries caractéristiques; sur des coupes transversales, la diffusion des faisceaux s'accuse encore davantage. On peut suivre les fibres musculaires jusqu'au voisinage du derme où on les perd complètement. Le

petit appendice charnu est absolument semblable à un polype fibro-muqueux : son centre est formé de tissu conjonctif lâche, et, à la surface, existe une muqueuse semblable à la muqueuse buccale. Il renferme en outre de nombreux vaisseaux.

Observation VIII

Rapport sur un énorme polype placé sur le palais.

(Dû aux soins de M. H. Smith. *Lancet*, London, 1887, Hôpital royal).

Un garçon, âgé de seize ans, est envoyé à l'hôpital Royal, le jeudi 16 octobre, par M. Bishop, de Tonbridge, dans le but de mettre un terme aux déplorables conditions dans lesquelles il vivait. Il était absolument incapable d'articuler autre chose qu'un murmure, il respirait avec la plus grande difficulté, et quand il dormait, sa respiration était sifflante. Son aspect était craintif, sa peau était moite, et selon toute évidence, il venait d'avoir une hémorrhagie.

On s'enquit alors des causes de ces différents symptômes, et l'on trouva une grosse tumeur qui occupait la plus grande partie de la cavité buccale. Le palais proéminait jusqu'à la hauteur de l'extrémité libre des dents, la muqueuse était fortement distendue. Une nouvelle hémorrhagie survint alors et la difficulté à respirer devint telle qu'il était impossible de laisser le malade dans cet état.

Malgré la faiblesse de l'enfant, on décida qu'il fallait agir sans délai. M. W. Fergusson et M. Nood reconnurent la nécessité d'enlever la tumeur, et en conséquence M. Smith fit l'opération le 18 octobre. Il commença d'abord par examiner avec soin le pédicule de la végétation, et du côté des fosses nasales, et du côté du palais, et il s'aperçut qu'elle était plus volumineuse qu'il ne l'avait cru tout d'abord. Il réussit

alors à passer par les narines des pinces propres à saisir la tumeur par son pédicule, et après deux ou trois essais, il réussit à l'arracher. Le patient eut alors une forte hémorrhagie.

M. Smith explora alors le palais avec le doigt, il racla l'emplacement de la tumeur. On fut obligé de faire au patient des injections d'eau glacée dans la cavité buccale ; il fut pendant quelques instants dans une position critique. Quelque temps après, quand M. Smith vint le revoir, une bonne réaction avait commencé.

A l'examen, la tumeur parut composée de tissus fibreux formant de larges lobes. Son pédicule était large et résistant.

SYMPTOMATOLOGIE

Les polypes de la cavité buccale se présentent sous la forme d'une petite masse arrondie, allongée plus ou moins piriforme, cylindrique ou aplatie et longuement pédiculée. La tumeur étudiée par Cardone ressemblait à une amande : celle de Demme à une « noix de galle », celle de M. Dubreuilh à un haricot, celle de M. Sabrazès à une grosse avuline.

Les dimensions sont variables. Dans l'Observation I nous trouvons 3 centimètres de longueur sur 1 centimètre d'épaisseur ; les termes de comparaison dont se servent les auteurs précités montrent que les chiffres extrêmes sont 2 et 5 centimètres : il faut faire une exception pour la tumeur de Smith qui, de la voûte palatine où elle avait son point d'implantation, venait presque faire saillie entre les lèvres.

Le polype de Clérault (6 centimètres de long sur 6 de large et 1,5 d'épaisseur) appartient plutôt à la classe des kystes dermoïdes. Mais nous l'avons fait rentrer dans le cadre de notre travail, parce qu'il présentait, fixé sur le côté droit de son pédicule, un appendice charnu fibro-muqueux, de la grosseur d'une plume d'oie, d'une longueur de 2 centimètres environ et recouvert d'une muqueuse analogue à celle de la bouche. L'auteur en parle comme d'un polype fibro-muqueux.

La muqueuse qui revêt ces tumeurs offre en général les caractères de la muqueuse buccale ; lisse, unie, d'une coloration rose plus ou moins foncée. Il est rare qu'elle soit intacte, elle est plus ou moins décollée, comme dans les observations de Demme, Cardone et Sabrazès.

Suivant la plus ou moins grande proportion de tissu muqueux ou des éléments adipeux qui rentrent dans leur composition, leur consistance est dure ou molle ; dans deux de nos observations, on trouve plutôt le type muqueux ; presque tous les autres cas se rapprochent du fibrome : MM. Cornil et Ranvier font allusion dans leur traité à des polypes où prédominent les éléments lipomateux. Dolbeau en cite un exemple.

Le mode d'implantation se fait par un pédicule dur et solide, nettement différencié de la tumeur ; sa longueur oscille entre quelques millimètres et un centimètre ; l'épaisseur est en raison inverse. Grâce à cette disposition la tumeur peut parcourir un certain trajet et osciller dans la cavité buccale à la façon d'un battant de cloche.

La sensibilité est nulle en dehors de tout traumatisme. Pendant la trituration des aliments, lorsque la tumeur vient s'interposer entre les dents, il peut se faire que la douleur soit insignifiante ; c'est ainsi que la malade de M. Sabrazès avait pu à plusieurs reprises avaler des morceaux de sa tumeur. Mais Demme nous dit que dans les mêmes conditions son client souffrait cruellement.

Le point d'insertion des polypes est parfois sur la ligne médiane de la voûte palatine, sans perforation osseuse (Smith, Clérault) mais plus souvent à la face interne de la joue, au niveau du point de jonction de la branche horizontale avec la branche montante du maxillaire inférieur.

Les signes fonctionnels sont variables avec le volume, le point d'implantation, l'état de la tumeur elle-même.

Chez le nouveau-né, les troubles consistent en une gêne de la succion qui empêche l'action de téter ; la respiration est rendue très difficile ; l'enfant cité par Clérault vint au monde en état de mort apparente.

Chez l'adulte, c'est d'abord une sensation de gêne spéciale, telle qu'en produirait la présence d'un corps étranger, ensuite et surtout se manifestent des désordres de la mastication. On sait que la longueur considérable du pédicule donne à la tumeur une grande mobilité dans la cavité buccale. Les mouvements qu'on lui imprime sont indolores, ce qui explique les traumatismes qu'elle reçoit dans la contraction des mâchoires et les phénomènes de morcellement qui ont lieu presque à l'insu du malade. Tels sont les cas cités par MM. Sabrazès et Demme.

Dans ces conditions, les hémorrhagies ne sont pas rares ; elles peuvent être assez abondantes, à cause du développement parfois considérable des vaisseaux sanguins, et tromper le praticien sur leur origine réelle : on sait que dans certaines formes de stomatites, particulièrement dans la stomatite mercurielle, la muqueuse gingivale tuméfiée, enflammée peut donner lieu à de véritables hémorrhagies lorsqu'elle s'interpose entre les dents.

D'autre part, le malade détachant des fragments de sa tumeur dans les mouvements de mastication, produit à sa surface des plaies nombreuses qui s'infectent rapidement dans ce nid à microbes qu'est la bouche ; il en résulte une fétidité horrible de l'haleine, qu'on pourrait attribuer, si l'on n'était prévenu, à la présence de nombreuses dents cariées, à une stomatite ulcéro-membraneuse, à la gingivite expulsive des diabétiques ou au scorbut.

Chez les enfants, le noma ou gangrène limitée de la bouche, pourrait induire en erreur, à un examen superficiel.

Le sujet de Demme présentait aussi des troubles de la parole, semblables, dit-il, « à ceux que l'on constate dans les cas d'abcès périamygdaliens. » La patiente était obligée de repousser la tumeur avec la langue, si elle ne voulait pas l'atteindre en fermant la bouche, car ces traumatismes étaient fort douloureux.

Elle ne pouvait qu'entrouvrir les dents pour ne pas laisser la tumeur s'y glisser. Par suite, la parole n'était plus nette, les sifflantes en particulier ne pouvaient être articulées clairement.

Le malade qui fait l'objet de notre Observation I parlait comme quelqu'un qui aurait un corps étranger dans la bouche.

Etiologie. — Pathogénie.

Il n'est guère possible, avec le peu d'observations que nous citons, d'insister sur l'étiologie des polypes de la cavité buccale.

1° *Polypes congénitaux.* — Deux fois sur huit ces tumeurs étaient congénitales. Le cas de Clérault fut observé immédiatement après la naissance; celui de Cardone chez un enfant de dix-sept mois. E. Beely dit qu'on a noté assez souvent l'existence de tumeurs polypoïdes myxomateuses de la joue, sans en donner du reste une seule observation détaillée.

A part Clérault, qui parle d'une mère rachitique et d'un père tuberculeux, les auteurs ne fournissent aucune indication sur les ascendants des sujets qui étaient porteurs de cette affection; tous étaient bien constitués. Il paraît d'ailleurs peu logique de chercher de ce côté une cause prédisposante quelconque, si l'on assimile les polypes congénitaux de la cavité buccale aux tumeurs similaires du pharynx et du naso-pharynx, si l'on admet avec J. Arnold qu'ils sont le résultat d'une anomalie de développement de la cavité buccale de l'embryon, ou si l'on se range à l'opinion de Lambl qui tient ces tumeurs pour des dermoïdes, en se basant sur l'existence de formes analogues dans la conjonctive. Cette dernière théorie est très séduisante et semble reposer sur des cas intéressants,

par exemple celui de Schuchardt (pharynx) dans lequel on constatait à l'union du pédicule et du kyste dermoïde un petit fibrome dur, polygonal.

Cette tumeur mixte de Clérault, à la fois polype et dermoïde, qui doit avoir dans sa dualité une pathogénie unique, ne semble-t-elle pas donner une confirmation sérieuse à l'opinion de l'auteur allemand?

Lannelongue et Achard assimilent ces tumeurs aux épaississements congénitaux qui se montrent dans le revêtement épithélial de la voûte palatine à sa partie moyenne, et les considèrent comme le résultat d'un trouble de développement.

La théorie ataviste de Hale White à propos des tumeurs dermoïdes mérite d'être citée pour son originalité et son pittoresque :

« Au point de vue embryologique, dit-il, il faut considérer que l'épiblaste, dans son involution buccale, atteint jusqu'à la partie postérieure du pharynx. De fait, on trouve chez le lapin quatre touffes de poils à la partie postérieure de cette involution épiblastique, deux de chaque côté des joues, une à la jonction de la face interne de la joue avec la base du crâne, l'autre à la jonction de cette face interne de la joue avec le plancher de la bouche.

» Dans notre cas, la tumeur est probablement l'homologue d'une ou plusieurs de ces touffes de poils. Nous aurions donc ici, à mon avis, un exemple d'atavisme, cet enfant tendant à ressembler à ses ancêtres rongeurs. »

2° *Polypes acquis.* — La pathogénie des polypes acquis est tout aussi hypothétique.

Dans quelles conditions, en effet, se produisent ces

tumeurs? Dans le cas de M. Sabrazès, peut-être la présence de deux dents cariées que le malade dut se faire enlever, a-t-elle joué un rôle analogue à un traumatisme minime mais répété? Peut-être une ulcération d'origine dentaire, infectée par les microbes normalement contenus dans la bouche a-t-elle suscité de la part de la muqueuse une réaction inflammatoire capable de déterminer la tumeur? On sait, en effet, quel rôle on fait jouer aujourd'hui à l'infection microbienne dans la genèse de certaines tumeurs bénignes, comme par exemple les fibromes de la mamelle résultant d'une ancienne mammite infectieuse ou encore certaines tumeurs des glandes salivaires.

N'observe-t-on pas au voisinage des ulcérations tuberculeuses du larynx, de la langue, des joues, des productions verruqueuses, pachydermiques, papillaires, vraies tumeurs bénignes provoquées par la lésion bacillaire et surajoutées à elles?

Parfois même l'infection suscite l'apparition de bourgeons charnus mamelonnés, pouvant en imposer pour un tissu sarcomateux. Il est donc possible que l'infection ait une part dans le développement des polypes de la cavité buccale ou naso-pharyngienne.

Ce n'est là qu'une hypothèse, mais elle semble justifiée par les travaux les plus récents sur la question. Rappelons à ce propos que la plupart des polypes de l'amygdale se présentent chez des sujets prédisposés aux angines, dont l'arrière-gorge est dans un état d'inflammation aiguë ou chronique.

Et dans le même ordre d'idées, ne savons-nous pas que les polypes de l'oreille sont souvent liés à une suppuration chronique et qu'il n'est pas rare de voir des polypes des

cavités nasales survenir à titre de complication au cours des rhinites et des empyèmes des cavités accessoires du nez?

Bierch-Hirchsfeld, après avoir dit qu'on a observé assez souvent des tumeurs de ce genre chez les enfants, fait intervenir pour les expliquer la persistance au point de développement d'une certaine quantité d'un tissu resté à l'état fœtal plus ou moins muqueux, qui proliférerait ultérieurement.

DIAGNOSTIC

En présence d'une tumeur de la bouche nettement pédiculée, à évolution lente, sans retentissement sur la nutrition générale, recouverte d'une muqueuse analogue à la muqueuse buccale, le diagnostic ne saurait être douteux. Mais qu'un de ces caractères soit plus ou moins effacé, ou se montre exceptionnellement dans une tumeur à symptômes similaires, la confusion deviendra possible entre un polype et certaines affections bénignes ou malignes, qui s'observent dans cette région.

Parmi les tumeurs bénignes et les affections ulcéro-végétantes signalons :

1° Les papillomes plus ou moins pédiculés, issus de la surface de la langue, de la face interne des joues et des lèvres; leurs caractères de multiplicité et de récidivité et leur forme typique en choux-fleur suffiront en général à les faire reconnaître;

2° Les végétations papillaires qui couronnent les ulcérations tuberculeuses, celles qui sont liées à la présence d'une dent cariée ou à une stomatite ulcéro-membraneuse ancienne; mais ici encore la multiplicité, les dimensions en général restreintes, et, par-dessus tout, les symptômes concomitants fourniront assez d'éléments propres à faire éviter une erreur de diagnostic.

3° Les petites saillies mamelonnées et les stries saillantes du lichen plan buccal, se présentant sous la forme d'une mosaïque blanchâtre d'aspect cicatriciel, et sur laquelle s'élèvent de petites papules plates, luisantes, plus ou moins confluentes, de volume inégal. Cette localisation coïncide presque toujours avec le lichen plan de la peau.

4° Les angiomes de la joue et des lèvres qui s'observent surtout chez les vieillards cardiaques. Ces tumeurs se différencient suffisamment des polypes par l'absence de pédicule et par leur couleur bleu foncé. Les petits lymphangiomes ont l'aspect de vésicules claires, perlées et sont sessiles, parfois multiples, formant une tumeur finement mamelonnée.

Notons encore les syphilides, sous la forme de plaques muqueuses hypertrophiques, véritables condylomes saillants.

Les commémoratifs et l'ulcère, aux bords taillés à pic, à fond grisâtre, ne sauraient faire hésiter le diagnostic entre les polypes et les gommes spécifiques.

Dans la classe des tumeurs malignes, rappelons que les sarcomes sous-muqueux de la joue constituent des tumeurs très denses qui gênent parfois la parole et la mastication en s'interposant entre les dents.

Il en résulte des morsures fréquentes. Si l'on ajoute à ces caractères la lenteur avec laquelle les ulcérations se montrent à la surface, par suite de l'épaississement de l'épithélium et l'absence d'engorgement ganglionnaire, on voit que la différenciation de ces tumeurs et des polypes nécessitera un examen minutieux, et une connaissance approfondie des symptômes respectifs qui accompagnent ces deux sortes d'affections.

Le sarcome n'est pas pédiculé ; de plus, il a une tendance extensive en surface et non en longueur comme les polypes : ceux-ci tendent pour ainsi dire à émigrer hors des tissus qui

leur ont donné naissance et à s'en échapper par l'intermédiaire d'un long pédicule. Le sarcome élit au contraire domicile dans le tissu matriciel, l'envahit de proche en proche et se substitue à lui.

L'épithélioma buccal constitue un bourgeon végétant, saignant, envahissant, profondément enchâssé dans la joue, il débute souvent par des plaques d'aspect leucoplasique et s'accompagne toujours d'adénopathie. Il semblerait que ce dernier caractère dût suffire à lui seul pour éliminer l'idée de polype; mais ceux-ci, en s'infectant, peuvent être l'origine d'un engorgement des ganglions sous-maxillaires et cervicaux. Il faudra donc avoir recours pour établir la différenciation à d'autres signes, tels que l'induration des tissus sous-jacents à la tumeur, la rapidité de son développement, l'indolence de l'adénopathie, la dureté des ganglions et leur mobilité dans l'épithélioma.

Toutefois, le diagnostic s'impose le plus souvent, et un examen consciencieux suffira dans la majorité des cas pour éviter ces nombreuses causes d'erreur.

PRONOSTIC

Les polypes que nous venons d'étudier sont des tumeurs bénignes. Le pronostic ne pourrait s'assombrir que s'il survenait un foyer de sphacèle très étendu à leur surface ou encore une hémorrhagie inquiétante. Ce sont là des complications possibles, que nous voyons signalées dans la plupart des observations, mais à un degré d'atténuation extrême. On peut en prévoir le danger chez des sujets prédisposés par un mauvais état général (diabète, albuminurie, alcoolisme, hémophilie), mais jusqu'ici on n'a pas eu l'occasion d'observer des accidents graves, avec toutes leurs conséquences possibles (phlébite, broncho-pneumonie avec gangrène, etc.)

Le pronostic sera d'autant plus bénin que le malade surveillera plus attentivement l'état de sa cavité buccale, et qu'il montrera plus prématurément sa tumeur à un chirurgien. Dans ce cas, l'ablation amènera une guérison définitive. Il faut se préoccuper aussi des suites opératoires. Le plus souvent elles sont des plus simples ; le point d'implantation devient très rapidement cicatriciel. Dans un cas cependant une hémorrhagie abondante nécessita l'application de pinces à forci-pressure, sur une artériole qui saignait dans la plaie, et la mise en place de quelques points de suture.

TRAITEMENT

Les diverses tumeurs qui ont fait l'objet de notre étude sont toutes justiciables d'un mode unique de traitement : l'ablation par section du pédicule.

Le procédé opératoire le plus simple et le plus expéditif est en même temps le meilleur : sectionner le pédicule au ras du point d'implantation avec le minimum d'hémorrhagie, tel est le résultat idéal que l'on doit se proposer. Quelle est donc la méthode qui satisfait le mieux à la première condition.

Si nous nous reportons au traitement des polypes en général, nous apprenons que la torsion du pédicule est à rejeter. Le serre-nœud, d'après l'expérience de MM. Lannois, Otto et Lejars ne paraît pas donner de meilleurs résultats. Son application est aussi pénible pour le patient que malaisée pour l'opérateur : l'anse métallique glisse sur le pédicule qui résiste presque toujours et l'on est exposé à sectionner trop bas.

L'anse ou le couteau galvanique (Garel, Rivière, Arnold) sont assurément des procédés commodes et élégants, ils ont l'avantage de prévenir toute hémorrhagie par la formation d'une eschare, mais ils ne sont pas à la portée de tous les praticiens.

Une pince à griffes et des ciseaux courbes se trouvent, au contraire, dans toutes les trousses, et permettent d'opérer avec toutes les garanties désirables, au point de vue de la rapidité et de la précision. Aussi, est-ce le procédé adopté par la majorité des opérateurs dont nous citons les observations. Il n'a jamais donné lieu à des accidents graves. Toutefois dans les cas de Smith, de Demme, de Cardone, l'hémorrhagie fut assez abondante sans suites fâcheuses.

Le manuel opératoire est très simple. Suivant le point d'implantation de la tumeur, le malade maintiendra sa langue au dehors avec la main recouverte d'un linge, ou il suffira au chirurgien de donner l'abaisse-langue à un aide. Le corps de la tumeur est saisi avec une pince à griffes suffisamment longue (pince de Museux), au moyen de laquelle une légère traction est exercée sur le pédicule, et celui-ci est sectionné avec les ciseaux le plus près possible de son insertion.

La fixation de la tumeur avec les pinces n'est point à négliger ; elle rend impossible la chute du polype dans les voies respiratoires. Les polypes n'étant généralement pas sensibles à la pression, l'opération s'accompagne d'une douleur insignifiante (1) qu'il serait facile de rendre nulle par un simple badigeonnage à la cocaïne pratiqué surtout du pédicule à son insertion.

L'hémorrhagie ne résiste pas à l'action d'un gargarisme astringent ou d'eau glacée. Demme dut cependant lier une artériole et faire trois points de suture.

Un attouchement de la surface de section avec le nitrate d'argent, ou mieux encore avec une solution de chlorure de

(1) Cette indolence des polypes tient peut-être à l'absence de filets nerveux. Dans un cas de polypes de l'urèthre, adressé par MM. Demons et Binaud au laboratoire des cliniques, la méthode de Golgi ne permit de déceler aucune trace de nerfs dans la tumeur.

zinc donne d'excellents résultats. Après l'intervention il faudra recommander au malade de faire des lavages antiseptiques de la bouche dans un but prophylactique. On emploiera pour cela les solutions de chlorate de potasse, le salol, l'eau boriquée, les solutions faibles d'acide phénique mentholé.

Dans tous les cas que nous connaissons, la guérison fut complète, rapide, sans récidive.

CONCLUSIONS

Les polypes ou tumeurs bénignes pédiculées de la cavité buccale sont des affections très rares, et qui n'ont pas encore fait l'objet d'une monographie.

Dans la bouche proprement dite, on peut les observer à la face interne de la joue, ou implantés sur la voûte palatine.

Ils peuvent appartenir à quatre variétés anatomo-pathologiques :

A. — Les polypes muqueux.

B. — Les polypes fibreux.

C. — Les lipomes pédiculés.

D. — Les polypes myxo-fibro-lipomateux.

Il en est parmi ces tumeurs qui, par leur apparition dans la première enfance, peuvent trouver leur explication dans un arrêt de développement du bulbe dentaire, dans une persistance des caractères fœtaux de la muqueuse génienne en un point.

D'autres sont acquis; le traumatisme souvent répété, causé par des dents cariées, a pu jouer un rôle prédisposant.

La symptomatologie de ces tumeurs peut se résumer en ces trois termes :

A. — Sensation de corps étranger s'interposant entre les dents (la tumeur peut même être mâchée avec les aliments).

B. — Hémorrhagies.

C. — Fétidité de l'haleine due à des points de sphacèle sur la tumeur et infections microbiennes à ce niveau.

Le diagnostie est facile : l'examen direct et la marche de l'affection permettront de différencier les polypes des autres tumeurs bénignes ou malignes à symptômes similaires et des ulcérations végétantes.

Le pronostic est bénin, sauf complications imprévues (hémorrhagies chez les hémophiles).

Le meilleur mode de traitement est l'ablation chirurgicale, suivie de l'antisepsie de la bouche.

Vu, bon à imprimer :
Le Président de la Thèse,
Dr PIÉCHAUD.

Vu : *Le Doyen*,
A. PITRES.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 20 novembre 1895.
Pour le Recteur :
L'Inspecteur d'Académie délégué,
Ch. LARONZE.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Karx Schuchardt. — Ein behaarter Rachenpolyp (parasitære Doppellmisbildung). *Centralb. f. Klin. chir.*, n° 41, p. 613, 1884.

Julius Arnold. — Ueber behaarte Polypen der Rachend mundhœle, und deren Stellung zu der Teratomen. *Wirchows archiv.*, Bd CXI, p. 176, 1888.

Lambl. — Arnold, loc. cit.

Clérault. — Tumeur congénitale de la voûte palatine. *Bull. de la soc. de Paris.* 1874, p. 388.

Senfleben. — In Cardone, *Arch. di Laryngo* di Napoli 1887.

H. White. — Dermoïd tumor probably growing from soft palate or base of skull, *Transact. of the pathol. soc.*, of London, vol. XXXII. *British med. Jour.*, 1881.

Labat. — Thèse de Paris, 1874.

W. Dubreuilh et Boursier. — Fibrome pédiculé de la bouche. Soc. anat. de Bord. In *Journ. de m. de B.*, 11 août 1889.

Demme. — Zwei seltene Geschwulste der Mundhœle. *Monatsschr. Ohrenheilk*, n° 9, 1892.

Cardone. — Mixomo papillare della cavita orale di un bambino. *Arch. Ital. di Laryngol.* Napoli, 1887, VII, 132-134.

Debove. — Société anatomique.

Anvert. — In Cardone. *Arch. Ital. di Laryngol.*, Napoli, 1887.

Rivière. — Un cas de polype pédiculé de l'amygdale. *Annal. des mal. de l'or.*, 1885. p. 795.

Bouilloud. -- Etude sur les polypes du pharynx buccal, Lyon 1893.

Lannois. — Note sur un polype pédiculé de l'amygdale. *Lyon médic.*, 1883. p. 326

E. Beely. — In Cardone. *Arch. ital. di Laryngol*, Napoli, 1887.

Bierch-Hirchfeld. — *Anatomie pathologique.*

Dolbeau. — In Labat. Paris 1874.

Smith. — Removal of an enormous polypoïd tumor from behind the palate, *Lancet*, London 1867, i i 515.

Bordeaux. -- Imprimerie du Midi, P. Cassignol, 91, rue Porte-Dijeaux.